



FO-۱۷-COV-۰

نام و نام خانوادگی: شماره پرسنلی: تاریخ تولد: شماره تلفن همراه:

این بخش به عنوان اظهار نامه کارمند بوده و توسط وی امضاء می گردد

- علائم بیماری کووید-۱۹: ندارم
- علائم بیماری کووید-۱۹: دارم تب تنگی نفس سرفه گلودرد
- لرز بدن درد کاهش حس بویایی / شنوایی قرمزی چشم علائم گوارشی سردرد
- سابقه ابتلا به بیماری زیر را دارم
- دیابت فشارخون آسم نقص ایمنی بیماری قلبی
- بیماری مزمن ریوی اختلال کبدی مزمن اختلال هماتولوژیک مزمن کانسر
- بیماری مزمن کلیه استفاده طولانی مدت از کورتون سایر:

- طی ۱۴ روز گذشته سفر به مکان های آلوده داشته ام؟

بله خیر توضیحات:

اگر بله: تاریخ سفر: مکان سفر و شهرهای بازدید شده:

- در ۱۴ روز گذشته با فرد (یا اعضای خانواده) مشکوک یا تأیید شده عفونت کرونا تماس داشته ام؟

بله خیر توضیحات:

اینجانب صحت کلیه اظهارات فوق را تأیید می نمایم.

تاریخ: نام و نام خانوادگی شاغل

امضا و اثر انگشت

این بخش توسط تیم بهداشت و درمان تکمیل می گردد

درجه حرارت بدن: علائم بیماری کووید-۱۹:

وضعیت خطر فرد از جهت ابتلا به بیماری کووید-۱۹: نرمال مشکوک

در حال حاضر برای انجام معاینه دوره ای: تأیید می شود تأیید نمی شود

در صورت عدم تأیید برای انجام معاینه دوره ای: اقدام لازم:

تاریخ: مهر و امضاء پزشک / تیم سلامت کار